فرم شماره ۵ (صفحه ۱)

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیات مرکز گزینش دانشجو

عکس
۳×۴

لطفاًدر این قسمت چیزی ننویسید

فرم مشخصات پذیرفته شدگان در آزمون دستیاری گروه پزشکی

۱۴۰۶-۱۴۰۵

تاریخ آزمون فعلی : / / ۱ رشته پذیرفته شده : .....

دانشگاه محل تحصیل دوره عمومی : ..... سال ورود دوره عمومی : / / ۱۳ سال فارغ التحصیلی : / / ۱۳

دانشگاه محل تحصیل دوره تخصص : ..... سال ورود دوره تخصص : / / ۱۳ سال فارغ التحصیلی : / / ۱۳

نام خانوادگی : .....

نام : .....

شماره شناسنامه : ..... کدملی : ..... نام پدر : ..... تاریخ تولد : / / ۱۳

محل تولد: ..... دین : ..... مذهب : ..... تابعیت :..... نام و نام خانوادگی قبلی : .....

وضعیت خدمت وظیفه : معافیت تحصیلی □ معافیت دائم □ خدمت کرده□ وضعیت تاهل : مجرد □ متاهل □

نام و نام خانوادگی همسر : ..... میزان تحصیلات همسر : ..... شغل و محل کار همسر : .....

شغل پدر : ..... شغل مادر: ..... آدرس والدین : .....

در صورتی که پرسنل رسمی یکی از نیروهای انتظامی هستید نام نیرو و تاریخ شروع بکار را ذکر نمائید : .....

سهمیه استفاده شده : آزاد □ مربیان و کارکنان وزارت بهداشت و درمان □ رزمندگان و ایثارگران □ استعداد درخشان□

نام دانشگاههای محل تحصیل در صورت گذراندن دوره به صورت میهمان یا انتقال

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال
۱				
۲				
۳				

وضعیت اشتغال (مشاغل رسمی و غیر رسمی)در صورت استخدام رسمی، پیمانی یا قراردادی <u>حکم کار گزینی الزامی است.</u>

	نام محل کار	مسئولیت	تاریخ شروع و خاتمه	نوع استخدام	آدرس دقیق و تلفن
فعالیت شغلی					
طرح					

فرم شماره ۵ (صفحه ۲)

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه :

ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	موظف	داوطلب	محل خدمت

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی : . . . . . .
وابستگی درجه یک به خانواده شهید □ مفقود الاثر □ اسیر □ نام و نام خانوادگی ایشان : . . . . . نسبت فامیلی شما با وی: .....
چنانچه مجروح یا جانباز می‌باشید: مجروح □ جانباز □ نوع آسیب دیدگی. . . . . زمان و محل وقوع:. . . . . .
آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می‌باشید: بله □ خیر □
مشخصات اساتید مورد اطمینانی که شما را درزمان تحصیل کاملاً می‌شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند

(تکمیل این قسمت الزامی است)

ردیف	نام و نام خانوادگی	گروه آموزشی	مدت آشنائی	آدرس و تلفن
۱				
۲				
۳				

مشخصات دوستان محل تحصیلتان در دوره پزشکی عمومی که شمار ا به طور کامل می شناسند

(تکمیل این قسمت الزامی است)

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنائی	آدرس و تلفن
۱				
۲				

آدرسهای سکونت به طور دقیق نوشته شود

	استان	شهر	آدرس پستی	تاریخ شروع و خاتمه	تلفن
در حال حاضر					
قبلی					

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاهها و یا هرگونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی

ردیف	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم

شماره همراه : ..... تلفن ثابت : ..... شماره همراه دیگر جهت تماس ضروری : .....
اینجانب . . . . . پذیرفته شده در آزمون دوره . . . . . دستیاری تخصص این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را به عهده گرفته و در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق هیچگونه اعتراضی در ادامه مراحل ثبت نام نخواهم داشت.

تاریخ تکمیل : امضاء